

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

PARIS VII
Année 1971

THÈSE

112

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles FROHWIRTH

né le 20 Janvier 1940 à GENEVE (Suisse)

Interne des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

1971

LE FOYER DE POST-CURE PSYCHIATRIQUE
DE SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS

Historique, fonctionnement, premiers résultats,
perspectives d'avenir

Président : M. Clément LAUNAY, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

PARIS VII
Année 1971

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles FROHWIRTH

né le 20 Janvier 1940 à GENÈVE (Suisse)

Interne des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

19

**LE FOYER DE POST-CURE PSYCHIATRIQUE
DE SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS**

Historique, fonctionnement, premiers résultats,
perspectives d'avenir

Président : M. Clément LAUNAY, Professeur



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LAUNAY

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la Présidence de cette thèse.

Avec nos remerciements respectueux.

A Monsieur le Professeur GORCEIX

Qui nous a initié et intéressé à la
psychiatrie, qui nous a conseillé avec bienveil-
lance tout au long de nos études, qui a bien
voulu nous inspirer ce travail.

A Madame le Docteur AMADO

Médecin directeur du Centre
Psychothérapique des Murets (La Queue-en-
Brie)

Nous la remercions de son
enseignement et de la confiance
qu'elle nous a témoignée.

A Monsieur le Professeur DEROT

Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Docteur CHICHE

Professeur au Collège de Médecine

Pour ce qu'il nous a appris
et enseigné.

A Monsieur le Docteur CHOUBRAC

Professeur au Collège de Médecine

Pour son enseignement et sa
bienveillance.

A Monsieur le Docteur GRIVOIS

Amicalement.

A l'Equipe du Foyer de Saint-Maur, et en
particulier à :

Madame CARRE

Monsieur le Docteur HAVIOTTE

Messieurs ATLAN

CARRI

THOREN

INTRODUCTION

La psychiatrie française est caractérisée, aujourd'hui, par un courant attaché essentiellement à rénover les structures de soins, et, en particulier, à créer des structures extra-hospitalières, dont le rôle tend à devenir prépondérant.

En d'autres termes, l'asile est devenu un établissement à but thérapeutique, et les psychiatres ont ressenti la nécessité de poursuivre la prise en charge de leurs malades après la sortie de l'hôpital. Cette ouverture des hôpitaux psychiatriques (qui tendent à perdre leur fonction asilaire), l'évolution vers une désaliénisation des malades et de leurs médecins, l'irruption de la psychiatrie dans la cité, sont le fruit de l'utilisation conjointe de la chimiothérapie et des techniques psycho et sociothérapeutiques.

Certes, l'opposition doctrinale entre le point de vue organiciste qui fait de toute maladie mentale l'expression d'une lésion encore inconnue, et le point de vue dynamique selon lequel le symptôme psychique n'est que l'expression d'un conflit d'ordre psychologique et social, reste vive. Mais, depuis vingt ans, les progrès des deux tendances, loin de s'opposer comme avant, se compètent sur le plan de la pratique quotidienne.

C'est ainsi que la psychiatrie a changé de visage quand, en 1952, le professeur Delay et ses collaborateurs ont introduit l'usage de la chlorpromazine dans la thérapeutique des maladies mentales. "Certes on connaissait déjà bien des sédatifs et des hypnotiques, des antiépileptiques, des médicaments de la syphilis nerveuse et les agents chimiques des méthodes de choc (cardiazol, insuline), mais jamais encore, un simple médicament, utilisé seul de façon systématique, n'avait pu agir directement et efficacement dans le traitement des psychoses. Les divers neuroleptiques (phénotiazines, résérpiniques, butyrophénones) qui furent trouvés à la suite de la chlorpromazine sont actifs à l'égard de la plupart des psychoses majeures comprenant les psychoses schizophréniques, mais excluant les psychoses dépressives qui semblaient devoir échapper à la chimiothérapie, jusqu'en 1957 où apparurent les antidépresseurs qui devaient encore contribuer à réduire les indications des traitements de choc". "La moins contestée des acquisitions de la chimiothérapie moderne des psychoses est la transformation radicale de l'atmosphère des services de psychiatrie".

..... "Jusqu'à l'introduction de la chimiothérapie neuroleptique, l'usage de la camisole ou du maillot de sécurité et la pratique des services ou des sections d'agités existaient dans tous les établissements psychiatriques du monde d'où ils ont à présent disparu. La transformation apportée dans les services de psychiatrie concerne non seulement la disparition de l'agitation, mais l'amélioration du comportement de chaque patient. C'est dire que se trouvent très rapidement posés les problèmes de psychothérapie individuelle ou de sociothérapie collective dans la perspective d'une réhabilitation sociale des malades." (Deniker).

Dans le même temps, les techniques psychothérapiques se sont multipliées. "Du divan psychanalytique, la psychanalyse s'est répandue jusque dans les psychothérapies de groupe et les sociothérapies. Celles-ci, en effet, depuis la modeste mais utile "ergothérapie" de Herman Simon, sont comme imprégnées de la nécessité technique de travailler sur le monde des images et des symboles, plan fantasmique où se joue la maladie mentale, où elle se noue et peut se dénouer. Le dynamisme des groupes qui guérissent nous renvoie nécessairement aux structures psycho-dynamiques de la personne, de ses conduites et de ses communications avec autrui. En devenant plus totalement et plus concrètement anthropologiques, toutes plus ou moins dérivées de la psychanalyse, ces techniques, non seulement ont permis de liquider les névroses dans le cabinet du médecin ou dans les maisons de santé, mais même, pénétrant jusqu'au noyau le plus profond de la psychiatrie, celui de la psychose et de l'aliénation, elles tendent à désaliéner les malades d'asile et l'asile lui-même. Elles permettent d'entrevoir comment, cessant d'être un simple simulacre ou un trompe-l'oeil, la sociothérapie des malades mentaux doit donner à ceux-ci la possibilité de retrouver le sens de leur existence et d'abandonner ce contresens de leurs aspirations qu'est leur folie". (Ey).

Ainsi, loin de séparer chimiothérapeutes et psychothérapeutes, la situation nouvelle les rapproche. D'une part, la chimiothérapie crée une nouvelle relation que tout psychiatre, analyste ou non, doit être capable de manier; d'autre part, un nombre croissant de malades deviennent accessibles à la psychothérapie. En effet, la chimiothérapie augmente les besoins en ce domaine, car elle rend un plus grand nombre de malades disponibles pour cette forme de traitement. Elle accélère, certes, la rotation des malades et permet des sorties plus rapides, mais dans la mesure où ces sorties ne se font pas avec la garantie de trouver des structures extra-hospitalières de post-cure, il est vraisemblable qu'on s'expose à un nombre considérable de rechutes.

C'est en raison de ce risque et sur la notion fondamentale de continuité de la prise en charge du malade par la même équipe que fut élaborée la doctrine du secteur. Mignot donne du secteur la définition suivante :

"La protection de la santé mentale est organisée "par secteur" lorsque dans un territoire défini et suffisamment limité une seule et même équipe médicale, disposant d'un éventail d'institutions variées, se voit confier l'ensemble des tâches de prophylaxie, de soins et de réadaptation relevant de la psychiatrie publique".

Le 15 Mars 1960, une circulaire du Ministère de la Santé Publique, relative au programme d'organisation et d'équipement de départements en matière de lutte contre les maladies mentales, donnait une vie officielle à la notion de secteur psychiatrique. Le législateur permettait ainsi une tentative d'application d'idées neuves pour le traitement des maladies mentales, mettant par là en lumière les vertus des services extra-hospitaliers.

En effet, pour que l'hospitalisation s'adapte aux exigences et aux possibilités de la thérapeutique actuelle, il devient indispensable de dépister précocément les premières anomalies mentales, de les traiter sans délai avec ou sans hospitalisation, de suivre le malade après sa sortie de l'hôpital, de prévenir les rechutes, etc..., en un mot, de disposer d'une action dans la collectivité grâce à un équipement extra-hospitalier diversifié :

- Les dispensaires d'hygiène mentale : ils existaient déjà avant la dernière guerre ; mais leur organisation n'a pris un vrai départ que depuis 1955, lorsqu'un décret a aligné leur fonctionnement sur celui des autres dispensaires d'hygiène sociale organisés depuis de longues années (tuberculose, maladies vénériennes, PMI). Le rôle des dispensaires est de donner gratuitement des consultations psychiatriques, dont le but est :

- de dépister les troubles mentaux aussi précocement que possible, afin de réduire la durée du traitement hospitalier, et parfois de l'éviter;
- de suivre les malades après leur sortie de l'hôpital psychiatrique;
- d'assurer certains traitements ambulatoires.

Plus récemment, le dispensaire s'est chargé d'une activité supplémentaire de première importance : les visites à domicile soit que ces visites soient le début d'un traitement ambulatoire, soit qu'elles constituent la préparation du malade à son hospitalisation et par suite facilitant au maximum la coopération ultérieure de ce dernier à son traitement.

- Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit :

Les hospitalisations "partielles" qu'ils permettent consistent à ne pas recevoir le malade 24 heures sur 24, mais à le recevoir seulement pendant la journée ou au contraire la nuit, ou seulement quelques jours par semaine ou quelques heures dans la journée, le malade regagnant chaque soir son foyer ou chaque matin son travail. Ce type d'hospitalisation qui permet de mettre en oeuvre beaucoup de traitements, a comme avantage d'éviter, chaque fois que cela est possible, la rupture entre le malade et son milieu.

- Les foyers de post-cure :

Ce sont des milieux de transition, qui reçoivent les malades après leur sortie de l'hôpital et qui servent à leur réadaptation lorsqu'ils n'ont pas de famille ou lorsque le milieu familial n'est pas favorable. Dans ces foyers de 20 à 30 lits, en général, les malades trouvent un hébergement, et peuvent reprendre contact avec leur métier sous une surveillance médico-sociale quotidienne.

- Le club thérapeutique :

C'est un établissement, généralement de post-cure, où dans une atmosphère amicale se réunissent à leur gré, en fin de journée, d'anciens malades (souvent avec leur famille) et quelques soignants. Le club est le siège d'une association d'entraide où sont discutés maints problèmes ayant trait, notamment, à la recherche de meilleurs modes de vie et de travail pour ces anciens malades.

- Les ateliers protégés :

Ils sont indiqués pour certains sujets dont la capacité professionnelle est provisoirement ou définitivement réduite, et qui ne peuvent se faire à des conditions de travail normales. Ils ne doivent pas pour autant être condamnés à l'inaction. On peut, dans bien des cas, leur rendre une capacité professionnelle satisfaisante grâce à des conditions de travail spécialement étudiées sur le plan des locaux, du rythme, des matériaux, des relations humaines, des motivations, etc... On observe parfois une amélioration inespérée des aptitudes sociales du sujet qui peut, par la suite retrouver un travail dans des conditions normales.

- L'atelier de réadaptation :

C'est une variante de l'atelier protégé; il est destiné à des sujets en transit entre l'hôpital et l'emploi. Ils s'y réentraînent progressivement à l'effort professionnel dans une atmosphère sociothérapique. Le séjour doit y être de courte durée, tandis que l'atelier protégé permet des séjours illimités. Le malade ne perçoit pas de salaire, tandis que la rémunération est de règle, et est un excellent stimulant, dans un atelier protégé.

- Les foyers protégés : Ce sont des établissements de type résidentiel - encore à réaliser - pour malades de longue durée, et ils seront appelés à recevoir un petit nombre de malade stabilisés (délirants chroniques non évolutifs, déments fixés, oligophrènes adultes, etc...) ne nécessitant pas de soins psychiatriques actifs et n'ayant donc plus leur place dans les services psychiatriques dotés de l'important équipement nécessaire au diagnostic et au traitement des malades en évolution ou même faiblement en évolution.

- Citons le placement familial pratiqué depuis très longtemps.

o

o o

Notre étude va porter sur le Foyer de post-cure de Saint Maur-des-Fossés. C'est le plus récent des établissements de ce type ; en effet, les foyers de post-cure psychiatriques sont peu nombreux en France :

I.- Le plus ancien est le Foyer de post-cure de l'Elan (Paris 13^e) ouvert depuis Juin 1956 ; il reçoit 20 pensionnaires hommes, et trois lits excédentaires sont réservés à l'accueil immédiat, de courte durée, d'anciens pensionnaires en perte d'équilibre.

II.- Le Centre de Réadaptation et de sociothérapie de Bordeaux est ouvert depuis Septembre 1961 ; il ne reçoit que des femmes de 15 à 30 ans. Il est composé :

- d'un foyer d'accueil (10 lits),
- d'un pavillon de repos (3 lits),
- de trois petits foyers (sous forme d'appartements, logeant chacun six malades et une éducatrice responsable),
- d'un foyer de vie collective (20 lits),
- d'un service de suite, avec club,
- d'un centre d'aide par le travail,
- de deux appartements protégés (chambres louées à des anciens malades).

III.- Les Foyers de post-cure de Troyes : ils comportent un foyer pour hommes, ouvert depuis Novembre 1963, et un foyer pour femmes, ouvert depuis Décembre 1965. Ils sont sectorisés et gérés par le Centre psycho-thérapeutique de Brienne.

IV.- Le Foyer de post-cure de La Rochelle ouvert depuis 1968 ; il s'agit d'un foyer mixte.

Tels sont, à notre connaissance, les principaux foyers existants. Nous pouvons remarquer d'emblée que leurs structures et leur mode de fonctionnement ne sont pas uniformes. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de décrire l'expérience réalisée à Saint-Maur.

Nous verrons d'abord comment a été créé le Foyer ; nous décrirons ensuite son fonctionnement ; puis nous présenterons quelques résultats chiffrés ; dans un quatrième temps, nous exposerons les problèmes qui sont apparus ; en dernier lieu, nous discuterons des perspectives d'avenir.

HISTORIQUE

Le Centre de post-cure psychiatrique de Saint-Maur est une création de l'U.D.S.M. (Union pour la défense de la santé mentale).

I.- L' U.D.S.M. :

La création d'un service d'Hygiène Mentale dans le département de la Seine a été décidée en 1943 par le Docteur Henri Duchène. Ce service, qu'il assurait seul avec le concours de la C.A.F. (Caisse d'allocations familiales) s'occupait essentiellement des enfants et des alcooliques.

Il fonctionna dans ces conditions jusqu'au 17 Novembre 1955, date à laquelle furent ouvertes des consultations d'adultes dans un modeste local situé à Vincennes, 6, rue Dobis. Ces consultations étaient ouvertes aux malades domiciliés dans un secteur de douze communes, rattachées aux hôpitaux psychiatriques de Maison-Blanche et de Ville-Evrard, et comptant une population totale de 430 861 habitants. Les consultations étaient assurées à raison de deux vacations par semaine, par un médecin neuropsychiatre et une assistante sociale. La même équipe assurait aussi des visites à domicile.

Les patients qui étaient convoqués avaient souvent plusieurs heures de trajet pour se rendre au dispensaire. En raison du nombre toujours croissant de malades et de signalements reçus, la création d'une association régie par la loi du 1.07.1901 devint une nécessité. Cette création fut réalisée le 10 Novembre 1959 en accord avec la direction de l'Hygiène sociale et le service d'Hygiène Mentale de la Préfecture de la Seine. L'Association fut dénommée :

"Union pour la défense de la Santé Mentale dans la région Est de Paris" avec pour sigle "U.D.S.M.".

Selon ses statuts, le but de l'association était la recherche, la création, l'organisation des moyens propres à améliorer, du point de vue psychologique, les conditions d'existence des personnes -adultes et enfants- demeurant dans les communes de la région Est de Paris. Son objectif était :

- d'abord de décentraliser les consultations pour doter, autant que possible, chaque commune d'un dispensaire adultes et enfants qui pourrait répondre aux besoins de pré-cure, post-cure, dépistage, cure ambulatoire, etc...
- puis de construire ou d'aménager des établissements :

- + externat médico-pédagogique,
- + externat médico-professionnel,

- + classes maternelles,
- + foyers de post-cure,
- + centres de réadaptation,
- + laboratoires de recherche,
- + ateliers de réentraînement à l'effort.

Actuellement, l'U.D.S.M. gère :

- 7 dispensaires (adultes et enfants),
- un externat médico-pédagogique,
- un externat médico-professionnel,
- des classes maternelles,
- le Foyer de post-cure de Saint-Maur-des-Fossés

La zone d'action de l'U.D.S.M. qui intéressait initialement douze communes, n'en comporte plus que neuf (trois communes en ayant été détachées lors du fractionnement de l'ancien département de la Seine). Elle se divise actuellement en trois secteurs :

1) - Secteur de Madame le Docteur Amado :

Médecin Directeur du Centre psychothérapique des Murets, à la Queue-en-Brie, couvrant les communes de :

- | | | |
|-------------------------|--------|-----------|
| - Saint-Maur-des-Fossés |) | |
| - Coeuilly |)..... | 108.963 |
| - Champigny-sur-Marne |) | habitants |

2) - Secteur de Monsieur le Docteur Trillat :

Médecin-chef de la 4ème section de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne, couvrant les communes de :

- | | | |
|------------------------|--------|-----------|
| - Fontenay-sous-Bois |) | |
| - Nogent-sur-Marne |) | |
| - Le Perreux-sur-Marne |)..... | 116.929 |
| - Joinville-le-Pont |) | habitants |
| - Bry-sur-Marne |) | |

3) - Secteur de Monsieur le Docteur Postel :

Médecin-chef de la 8ème section de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, couvrant les communes de :

- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| - Vincennes |)..... | 74.984 |
| - Saint-Mandé |) | habitants |

II.- Le Foyer de post-cure de Saint-Maur :

L'idée de ce centre revient au Docteur Caténard (l'un des fondateurs de l'U.D.S.M.) ainsi qu'aux trois médecins-chefs des secteurs concernés. En 1966, ils s'adressèrent à l'U.D.S.M. qui leur fournissait déjà un certain nombre de dispensaires (notons à ce propos qu'une des originalités de l'U.D.S.M., organisme privé, réside dans le fait qu'elle travaille exclusivement avec le secteur public. L'idée retenue, le projet étudié, l'U.D.S.M. confie alors à la future directrice, Madame Carré, très compétente en la matière puisqu'ancienne directrice du Foyer de l'Elan (premier foyer de post-cure créé en France) la charge de choisir un local et de monter l'établissement.

La recherche d'un local était soumise à certains critères, dont les principaux furent :

- le choix d'un local aménageable avec un minimum de travaux (en effet, l'U.D.S.M. obtint un prêt pour l'achat de la propriété, mais aucune subvention des pouvoirs publics).
- l'emplacement du local sur un terrain suffisamment vaste pour permettre, éventuellement, un agrandissement ultérieur.
- la proximité des moyens de communications (métro, autobus) afin de permettre aux pensionnaires de rejoindre facilement les lieux de leur travail et de leur éviter des transports nombreux, coûteux et fatigants.

Plusieurs maisons furent visitées avant le choix définitif du local actuel, qui fut acheté en Mars 1967, après que les Médecins-chefs l'eurent visitée et eurent donné leur accord.

Le choix de l'U.D.S.M. s'était d'abord porté sur une autre propriété, qui semblait conforme à l'usage désiré, mais à laquelle on dut renoncer en raison de l'hostilité d'une puissante entreprise commerciale du voisinage qui mobilisa les préjugés habituels sur la folie, qui existaient au sein de la population et même de la municipalité (pétitions, etc...). On acheta finalement une vaste propriété au 15, Avenue De Lattre de Tassigny à Saint-Maur-des-Fossés.

La maison est un pavillon d'aspect un peu désuet de style début de siècle, situé dans un quartier résidentiel de Saint-Maur. Elle se trouve au sein d'un grand jardin de 2.000 mètres carrés, avec pelouses et bosquets; au fond du jardin se trouve un petit pavillon supplémentaire contenant une seule pièce de 21 mètres carrés.

La propriété ne se distingue pas extérieurement des autres propriétés du voisinage, qui se raréfient cependant en raison de l'implantation progressive d'immeubles modernes.

Les travaux furent menés en fonction d'un triplicat objectif :

- aménager les locaux existants aussi rapidement que possible en raison de l'urgence des besoins;

- prévoir une infrastructure suffisante pour assurer un agrandissement ultérieur (les fosses d'épuration et les chaufferies ont été conçues d'emblée pour une plus grande capacité d'utilisation);

L'immeuble comporte deux étages au-dessus d'un rez-de-chaussée :

a - Au niveau du rez-de-chaussée, on trouve : le hall d'entrée, la salle à manger, la cuisine, les W.C., le salon avec une télévision, le bureau médical.

b - Au premier étage : on a aménagé :

- + deux chambres de deux lits chacune,
- + une chambre à trois lits,
- + une chambre dite d'isolement (pour se conformer aux normes obligatoires).
- + une pharmacie, une salle de soins,
- + **une tisanerie,**
- + une salle de bains, des W.C.

c - Au deuxième étage : c'est un ancien grenier qui a été complètement transformé et qui présente actuellement :

- + deux chambres de deux lits chacune,
- + une chambre de trois lits,
- + une chambre de un lit,
- + une salle d'eau avec trois lavabos, des W.C., une salle de bains.

d - Citons encore un grand sous-sol contenant divers aménagements :

- + buanderie, douches, salle de jeux, chaufferie.

L'intérieur de la maison donne une impression cosu; les chambres meublées en style rustique, le salon pourvu de fauteuils et d'un canapé confortables, contribuent à créer une atmosphère accueillante et familiale. Dans le petit pavillon annexe situé au fond du jardin, on a aménagé une bibliothèque ainsi qu'une dis-
thèque.

Les travaux s'achevèrent en Février 1968; mais le Centre n'accueillit ses premiers pensionnaires qu'un an plus tard, en Avril 1969, en raison de difficultés administratives. En effet, l'Administration (la Préfecture de Police) exigea l'application intégrale des dispositions de l'annexe 23 du décret du 9 Mars 1956 (1) relatif aux conditions techniques d'agrément des maisons de santé pour maladies mentales; ces textes édictent des règles de construction et d'aménagement, dans un but de sécurité, en ce qui concerne les établissements pour malades mentaux, telles que :

- glaces et vitres incassables,
- fenêtres à crémones verrouillées,
- sonnette dans toutes les chambres,

Or, ces règles sont trop rigides en ce qui concerne un foyer de post-cure psychiatrique; en effet, il est contradictoire de vouloir réintégrer, le soir, dans un milieu asilaire, des personnes menant, dans la journée, une vie normale dans un milieu non protégé. Ceci montre la nécessité d'un statut juridique propre à ce type d'établissement, définissant des normes de construction et d'aménagement qui respectent l'originalité de ces structures nouvelles.

(1) Etablissements privés de cure et de prévention. Conditions d'autorisation pour les soins aux assurés sociaux. Journaux officiels N° 1061 (pages 167 à 172), Paris, 1965.

MODE DE FONCTIONNEMENT

I.- LA GESTION :

Le foyer fonctionne sur le mode de l'autonomie de gestion. Il n'a donc pas de lien organique avec les hôpitaux avec lesquels il est en rapport (contrairement à d'autres centres de ce type), ce qui lui permet une certaine souplesse de fonctionnement.

Le foyer est conventionné par la Sécurité Sociale un prix de journée couvre, généralement, à 100 % les frais de pension et de soins pendant la durée du séjour. En 1970, le prix de journée était de 83,40 francs.

II.- LE PERSONNEL :

Il comprend :

a) - La directrice :

Elle a un double rôle :

- administratif :

Directrice et gestionnaire, elle est responsable de l'équilibre du budget, elle assure les contacts nécessaires avec la Sécurité Sociale et les administrations, elle assure la coordination du travail à l'intérieur de l'équipe, elle veille à la bonne marche de la maison.

- thérapeutique :

Maîtresse de maison et hôtesse, elle est non seulement une animatrice, mais aussi pour les pensionnaires une confidente, un soutien, participant ainsi au travail de l'équipe.

Cette fonction ne peut être remplie que par une personne ayant une grande expérience de la relation avec les malades mentaux. Il s'agit de tout autre chose que de faire appliquer un règlement, de vouloir obtenir la discipline par la persuasion ou la sévérité; il faut être en mesure de saisir les interactions qui se jouent dans le groupe, de les interpréter de façon correcte, d'y répondre de façon adaptée et individualisée en fonction des données psycho-pathologiques recueillies par toute l'équipe.

b) - Les médecins :

Ils sont au nombre de deux et assurent une présence sous forme vacataire d'une durée approximative de 52 heures par mois chacun; ils restent néanmoins constamment en liaison avec le Centre et peuvent être joints à tout moment.

- Le médecin psychiatre, responsable médical de l'établissement, surveille le traitement des malades et fait part de ses observations à leur médecin traitant; en effet, les malades continuent à être suivis au dispensaire du secteur par le psychiatre qui les soignait précédemment. Cependant, il peut parfois être amené à prendre en charge des patients que leur médecin traitant peut voir à un rythme suffisamment rapproché. Son rôle essentiel est d'assurer une présence psychiatrique au sein de l'institution de catalyser les efforts de réflexion de chacun en animant des réunions de malades ou des réunions de personnel; nous reviendrons sur ce point.

- Le médecin du travail : il veille à la reprise du travail, par le malade, chez un employeur, ou l'oriente vers un centre de formation professionnelle; il fait fonction, également, de médecin généraliste.

c) - Les infirmiers :

Ils sont actuellement au nombre de trois. Ils assurent à tour de rôle une présence constante au Foyer (jour et nuit). Un seul d'entre eux est employé à temps complet (40 heures) les deux autres font des vacations. Ce sont des infirmiers psychiatriques, tous expérimentés. Ils appliquent les traitements chimiothérapeutiques, mais l'importance de leur rôle tient avant tout à l'aspect relationnel de leur action :

"l'infirmier, en effet, est en quelque sorte, le médiateur indispensable entre le malade et ce que le médecin, ou le groupe thérapeutique, attend de lui quant à sa participation à son propre traitement. La compréhension de ce rôle de médiateur par l'infirmier est condition nécessaire à son acceptation par le malade. Bien des problèmes d'autorité trouvent ainsi une solution plus aisée. L'infirmier, par sa présence huit heures par jour auprès du malade et le soutien permanent de celui-ci, non seulement dans le sens thérapeutique, mais aussi dans le sens humain plus large avec ses incidences matérielles et relationnelles." (G. Garrone et C. Cherpillod)

Cette action personnalisée s'exerce au Foyer d'autant mieux que l'équipe d'infirmiers est particulièrement stable (contrairement à d'autres foyers où le personnel infirmier est

détaché de l'hôpital par roulement).

d) - Le personnel comprend encore :

- une secrétaire à mi-temps,
- une cuisinière et des femmes de service.

Elles ont également chacune leur importance dans le cadre de l'institution, du fait de leur présence, de leur personnalité et des relations qu'elles nouent avec les pensionnaires.

III.- LES MALADES :

Le Foyer peut recevoir sept femmes et huit hommes; il s'agit donc d'un foyer mixte.

a) - Conditions d'admission :

Il n'y a pas actuellement de critères stricts d'admission. Le choix du malade ne se fait pas en fonction de son étiquette nosographique, mais essentiellement en fonction de sa situation psycho-sociale à la sortie de l'hôpital, ce qui répond d'ailleurs à la vocation du Foyer : "Sujets qui, d'une part ont encore besoin d'un traitement médical, et qui, d'autre part, n'ont généralement pas de famille réceptive, pas de logement, pas de travail ni d'argent, toutes circonstances qui pendant longtemps empêchaient nombre de malades guéris ou stabilisés de quitter l'hôpital faute au médecin de savoir où les adresser, à qui les confier." (Sivadon)

Le problème de la sélection mérite cependant d'être discuté à la lumière de l'expérience; nous le reverrons plus loin.

En pratique, avant toute admission, les services hospitaliers qui adressent des malades au Foyer doivent nécessairement fournir à son directeur médical le dossier complet de chaque futur pensionnaire. Le candidat vient se présenter et a un entretien avec la directrice et les médecins; il fait ensuite connaissance avec les autres membres de l'équipe soignante et avec les autres pensionnaires. Le candidat est parfois invité à venir prendre des repas au Foyer, à y passer une journée entière (de préférence le samedi ou le dimanche, le Foyer étant vide dans la journée les autres jours de la semaine). Ainsi la décision d'entrée est prise après avis des différents membres de l'équipe soignante et avec le plein accord du malade.

Sur le plan administratif, l'admission ne peut être prononcée que si le malade bénéficie d'une prise en charge par la Sécurité Sociale.

b) - Durée du séjour :

La prise en charge de la Sécurité Sociale prévoit une durée maximum de six mois. La durée du séjour réelle est de un à six mois; dans certains cas, le médecin peut demander une prolongation de trois à six mois. En fait, déterminer dès le début du séjour la durée réelle de séjour d'un pensionnaire est très difficile, car fonction de trop nombreux paramètres. Nous discuterons plus loin de ce problème. Quoiqu'il en soit, lors de son arrivée, chaque pensionnaire est prévenu d'une part, que son séjour est limité, d'autre part qu'il doit lui permettre, aidé et conseillé par l'équipe médico-sociale, de reprendre une activité professionnelle convenable. Des mises au point successives permettent d'atténuer l'anxiété liée à l'incertitude du départ et de prévenir l'excessive dépendance de certains immatures.

c) - Règlement intérieur :-

En pratique, la vie du Foyer est régie par les règles non écrites du bon sens commun. Toutefois, il existe un règlement intérieur semblable à celui que l'on peut trouver dans toute collectivité. Il sécurise aussi bien les pensionnaires que le personnel. Il est d'ailleurs d'une grande souplesse et jamais appliqué à la lettre.

Ainsi l'heure du lever n'est pas imposée de façon arbitraire, mais fonction des horaires de travail de chacun. Les repas de midi et du soir ont lieu à heures fixes; les retards et les absences sont tolérés, on demande seulement aux pensionnaires de prévenir. La propreté de la maison et des chambres est assurée par les femmes de ménage; on recommande néanmoins aux pensionnaires (lorsqu'ils ne le font pas spontanément) de leur faciliter le travail. La seule astreinte ménagère plus ou moins imposée est la "corvée de vaisselle" faite à tour de rôle par un groupe de pensionnaires. Elle représente une participation symbolique à l'entretien de la maison et à la vie du groupe; elle a fait souvent l'objet de discussions, voire de conflits, et joue le rôle "d'objet intermédiaire" permettant ainsi à certains de s'exprimer.

d) - La vie au Foyer :

Dans la journée, le Foyer doit être vide, sauf à l'heure du déjeuner, puisque les pensionnaires travaillent à l'extérieur. Il n'est pas rare, néanmoins, qu'un ou deux pensionnaires restent au Foyer en raison d'un bref congé de maladie (brève rechute ou affection somatique intercurrente) ou parce qu'ils ont perdu leur travail et n'en ont pas encore trouvé un autre.

Le Foyer ne commence donc à vivre que vers 18 heures, lorsque les pensionnaires reviennent de leur travail. Jusqu'à 19 heures 30, heure du dîner, chacun peut vaquer à ses occupations : faire des courses, aller au dispensaire, bavarder avec la directrice ou l'infirmier présent, voir les médecins du Foyer lorsqu'ils sont là, lire, écouter de la musique, regarder la télévision, etc ... Le dîner est considéré par l'équipe soignante comme un moment privilégié et important, car il représente, par excellence, une "activité de groupe". C'est un moment difficile pour certains malades présentant des troubles de la sociabilité dans le sens du retrait, de l'inhibition, de l'autisme. Ceux-là ont tendance à manger rapidement et à quitter la table pour aller s'installer devant la télévision ou pour aller se coucher. Pour d'autres, le repas est l'occasion de libérer une certaine agressivité plus ou moins bien tolérée par les autres pensionnaires parvenus à un meilleur niveau de sociabilité et pour lequel le repas représente un rituel social où une certaine courtoisie est de mise.

e) - Les réunions :

C'est à la suite d'une réflexion sur le problème posé par le repas que nous avons été amenés à introduire la pratique des réunions de groupe. Il est apparu en effet, que certaines émotions, certains conflits s'extériorisaient seulement par des "acting-out" (bris de vaisselle, vols, détérioration de mobilier). Les réunions nous ont donc paru utiles pour :

- aider les malades à se connaître et à échanger leurs points de vue et leurs émotions.

- situer, mettre en forme et si possible résoudre les conflits immédiats des malades entre eux, avec leur entourage ou l'ensemble institutionnel.

Ces réunions sont bi-mensuelles; elles ont lieu le soir après le repas; y participent outre les pensionnaires qui le désirent, le médecin, la directrice,

l'infirmier présent ce jour là. La séance dure le temps qu'il faut pour parvenir, au terme d'un déroulement dynamique, en moyenne 60 à 70 minutes, à un résultat. Le profil de ces séances varie d'une fois à l'autre, car il est fonction des personnalités présentes, des sujets de discussions et des conflits qui s'y dévoilent. Les soignants, le débat une fois lancé, restent autant que possible peu interventionnistes; ce qui ne signifie pas, bien sûr, qu'ils ne participent pas au débat.

Certains malades repliés sur eux-mêmes, notamment lors des repas, se sont ouverts au cours de ces séances. D'autres, qui se posaient en leader, se sont vus contestés, parfois de façon très vive, par le reste du groupe, et en ont été assez sérieusement affectés; ceci n'est pas sans valeur thérapeutique à condition que ces malades soient pris d'avantage en charge, les jours suivants, par l'équipe soignante, dans une relation individuelle, à la fois explicative et rassurante.

L'intense affectivité dégagée au cours des réunions semble être en rapport, d'une part avec le caractère petit et intime de l'institution, d'autre part, avec le fait qu'il s'agit de malades stabilisés et partiellement resocialisés, dont les possibilités de communications sont sans commune mesure avec ce qu'elles étaient lors de la phase aiguë de la maladie qui avait nécessité leur hospitalisation.

f) - Activités exceptionnelles :

De temps en temps, à l'occasion de fêtes comme Noël, le Nouvel An, etc ... sont organisées des soirées dansantes ou des sorties collectives au cinéma. Elles sont toujours appréciées, et on a pu remarquer qu'elles contribuaient souvent à détendre l'atmosphère de la maison de façon prolongée.

g) - Le travail :

Selon les statuts du Foyer, chaque malade doit avoir repris ou être en instance de reprendre un travail lors de son entrée. La plupart ont un travail identique ou de même niveau que celui qu'ils avaient avant d'être malades. Un de nos malades, sans profession auparavant, a bénéficié d'une formation professionnelle et d'un reclassement satisfaisant; un autre, ouvrier non qualifié actuellement, doit prochainement entreprendre également une formation professionnelle. Par contre, d'autres malades, après plusieurs tentatives et plusieurs échecs, ont trouvé un emploi dont le niveau est très bas par rapport à leur statut professionnel initial.

Mais l'appréciation de la réinsertion professionnelle doit être nuancée en fonction du diagnostic ou de l'âge, entre autres facteurs. Certes, un reclassement à un niveau plus élevé peut être, en tant que promotion, vécu comme gratifiant, de même qu'une reprise du métier initial, mais une régression du statut professionnel est souvent un moindre mal et mieux vaut faire d'un schizophrène, ancien laborantin - qui avait achevé ses études de pharmacie - un employé de bureau efficace et stable que de le maintenir dans son premier emploi au prix de changements de place, imposés par la dégradation de son travail et de son rendement.

h) - La sortie du Foyer :

Elle se réalise, schématiquement, selon quatre possibilités, dont les deux premières représentent des échecs.

1 - Sortie contre avis médical :

Le malade décide de sortir de son propre chef après un séjour trop bref - inférieur à trois semaines -.

2 - Rechute au cours des séjours, nécessitant une hospitalisation plus ou moins longue; certains malades, dont le premier séjour avait été ainsi interrompu, sont revenus au Foyer après plusieurs semaines ou plusieurs mois d'hospitalisation. Le second séjour au Foyer s'est passé sans difficultés particulières et la réadaptation a pu se faire.

3 - Sortie "normale" :

Le pensionnaire s'est préparé à la sortie et de l'appréhende pas. Il a trouvé un nouveau toit. Sa capacité à vivre de façon autonome se traduisait déjà, depuis plusieurs semaines, par des absences plus fréquentes, une moindre fréquentation du groupe. Le sujet s'assume; le départ est vécu comme un processus naturel et le séjour au Foyer comme ce qu'il doit être, c'est-à-dire une étape que l'on vient de franchir.

4 - Sortie difficile :

Certains sujets font un "vertige de sortie" que l'on cherche à prévenir par diverses mesures :

- Rappels fréquents au pensionnaire, avec toutes les précautions psycho-thérapeutiques nécessaires, de la date préalablement fixée d'un commun accord pour la fin.

Mais on observe parfois, à ce sujet, de curieux phénomènes d'annulation de la part de certains pensionnaires.

- Recherche d'une chambre meublée ou d'un hôtel proche du Foyer et sortie progressive : dans les semaines qui précèdent la sortie définitive, le pensionnaire va coucher deux ou trois fois par semaine dans son nouveau logement.

- Installation dans un autre foyer (en général non spécialisé).

- Les menaces de renvoi ou de réhospitalisation sont rares, quoique parfois nécessaires pour mobiliser certains pensionnaires.

Toutes les sorties s'accompagnent de la possibilité, cela est essentiel, de revenir passer une soirée, partager un repas, revoir un camarade ou rencontrer un membre de l'équipe soignante. Il n'y a donc pas de rupture brutale, mais éloignement flexible, la prise en charge psychothérapique continuant à être respectée tout le temps nécessaire, sur place, ou mieux encore au Dispensaire du secteur.

RESULTATS CHIFFRES

PROVENANCE DES MALADES ADMIS EN 1969 ET 1970 :

- Provenant du secteur de Madame le Docteur Amado :	
- venant de l'hôpital psychiatrique	32
- venant du dispensaire	3
- Provenant du secteur de Monsieur le Docteur Postel :	
- venant de l'hôpital	9
- venant du dispensaire	0
- Provenant du secteur de Monsieur le Docteur Trillat :	
- venant de l'hôpital	5
- venant du dispensaire	1
	Total..... 50
	=====

On constate que la majorité des malades provient du même secteur; ceci s'explique par le fait que l'hôpital de la Queue-en-Brie est mixte, alors que les services de Maison-Blanche ne le sont pas; il dispose donc d'un plus grand éventail d'indications pour le Foyer.

o

o o

MOUVEMENT DURANT LES ANNEES 1969 ET 1970 :

	1969	1970
- Nombre d'admissions dans l'année :	25	31
- Nombre de sorties dans l'année :	13	27
- Nombre de malades entrés dans l'année :	25	25 (1)

(1) En 1970, six malades ayant été admis une seconde fois après une sortie, le nombre des malades entrés dans l'année est plus faible que celui des admissions.

o

o o

DUREE DES SEJOURS DES MALADES ADMIS DANS LES ANNEES 1969 ET 1970 :

	1969	1970
- Moins de 3 mois	8	9
- Entre 3 et 6 mois	5	5
- Plus de 6 mois	12	7
	25	21 (1)

(1) Malades entrés en 1970 et sortis avant le 28.2.71.

o

o o

La durée moyenne des séjours est de 5 mois ; cependant, si on ne tient pas compte, pour le calcul de cette moyenne, de quatre malades réhospitalisés moins de 8 jours après leur entrée, la durée moyenne des séjours se révèle être de 6 mois.

Cette durée paraît assez longue, compte tenu de la durée moyenne des séjours, plus courte dans les foyers plus anciens. La moyenne optima paraît être de 4 mois, à partir de l'expérience de ces foyers plus anciens. Cependant, le calcul de la durée moyenne n'a qu'une valeur relative ; il faudrait faire une distinction entre deux sortes de séjours :

- les "séjours courts" (inférieurs à 4 mois) : pour les malades susceptibles de se réadapter facilement, essentiellement les alcooliques, les névrotiques, les psychopathes.

- les "séjours longs" (de 4 mois à un an) : pour les malades psychotiques, dont la réadaptation nécessite un rythme plus lent.

ETAT CIVIL DES MALADES ADMIS EN 1969 ET 1970 :

	Hommes	Femmes	Total
Mariés avec enfants	4	0	4
Mariés sans enfants	0	0	0
Divorcés avec enfants	2	2	4
Divorcés sans enfants	0	1	1
Séparés avec enfants	3	4	7
Séparés sans enfants	1	0	1
Célibataires avec enfants .	0	2	2
Célibataires sans enfants .	20	11	31
	30	20	50

o

o o

AGE ET SEXE DES MALADES ADMIS EN 1969 ET 1970 :

	Hommes	Femmes	Total
Tranches d'âge :			
Moins de 20 ans	0	1	1
20 à 30 ans	6	7	13
30 à 40 ans	11	6	17
40 à 50 ans	8	4	12
50 à 60 ans	3	2	5
Plus de 60 ans	1	1	2
	29	21	50

REPARTITION PAR DIAGNOSTIC DES MALADES ADMIS EN 1969 ET 1970 :

	Hommes	Femmes	Total
Schizophrénie et délire chroniques.	7	4	11
Alcoolisme chronique	18	2	20
Névroses	2	4	6
Bouffées délirantes	0	3	3
Personnalités psychopathiques	1	2	3
Border-line	0	2	2
Psychose maniaco-dépressive	0	1	1
Toxicomanie	0	2	2
Epilepsie	1	0	1
Détérioration mentale post-traumatique	1	0	1
	30	20	50

o

o o

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES DES MALADES ADMIS EN 1969 ET 1970 :

	Hommes	Femmes	Total
Pas d'hospitalisation antérieure connue en milieu psychiatrique.	0	0	0
Une seule hospitalisation de moins de 6 mois	8	7	15
Plusieurs hospitalisations de moins de 6 mois	11	10	21
Une seule hospitalisation de plus de 6 mois	4	4	8
Plusieurs hospitalisations de plus de 6 mois	6	0	6
	29	21	50

DESTIN DES MALADES SORTIS :

Le foyer fonctionnant depuis moins de deux ans, nous n'avons pas suffisamment de recul pour évaluer valablement les résultats obtenus. Nous avons cependant essayé d'apprécier le devenir de 35 malades (sortis entre le 5-7-69 et le 31-12-70) en nous basant sur le niveau professionnel récupéré, et la stabilité de l'emploi. Nous avons, par ailleurs, tenu compte des rechutes, en distinguant les courtes rechutes réactionnelles à une situation difficile, ayant pu entraîner une réhospitalisation inférieure à six semaines, des véritables rechutes d'un pronostic grave, nécessitant une réhospitalisation prolongée.

Ainsi, nous avons établi le tableau suivant :

	Hommes	Femmes	Total
I.- Adaptation sociale et professionnelle très satisfaisantes (sans aucune réhospitalisation)	3	6	9
II.- Adaptation sociale et professionnelle convenables, maintien correct du niveau antérieur, ou même surclassement professionnel, malgré quelques réhospitalisations inférieures à six semaines.	2	3	5
III.- Adaptation sociale correcte, mais médiocrité de l'adaptation professionnelle, instabilité de l'emploi ou déclassement professionnel (avec ou sans brèves réhospitalisations de moins de six semaines)...	5	1	6
IV.- Réadaptation précaire, suivie de rechute grave avec réhospitalisation prolongée	8	2	10
V.- Perdus de vue	2	2	4
VI.- Décédés (après le séjour)	1	-	1
	21	14	35

DISCUSSION DE QUELQUES PROBLEMES

LE MEDECIN

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, le psychiatre du foyer a pour tâche de surveiller les traitements des malades en liaison avec leur médecin traitant et d'assurer une présence au niveau institutionnel. Il n'assure pas les prises en charge individuelles. Mais en pratique, il est parfois amené à le faire, à la demande de certains malades qui ne sont pas reçus assez fréquemment par le médecin habituel, en raison de l'insuffisance numérique des psychiatres et de la surcharge des dispensaires en consultants qui en résulte. Ces malades ont donc tendance à vouloir engager une relation psychothérapique avec le médecin du foyer parce qu'il leur semble plus proche et plus disponible. Un de nos pensionnaires convoqué au dispensaire pour une consultation avec son médecin traitant, a attendu plusieurs heures dans la salle d'attente avant d'être reçu trop rapidement par un médecin surmené; il nous a dit ensuite, s'interrogeant sur la valeur d'une relation établie dans ces conditions "Il nous connaît à peine et ne nous voit pas vivre". Il est difficile pour le médecin du foyer de refuser de répondre à une demande formulée en ces termes. Mais, parfois la demande se fait dans un autre contexte: une malade refusait de poursuivre la relation avec son médecin traitant pourtant disponible et recherchait le contact avec le médecin du foyer, qui a insisté pour que la psychothérapie soit poursuivie par le médecin traitant. En effet, pour cette malade le désir de changer de thérapeute avait la signification d'une fuite d'une crainte d'affronter sa problématique et accentuait la formation d'un transfert latéral. Ce dernier cas pose cependant le problème général, en psychiatrie, du libre choix du médecin par le malade et de la signification de ce choix.

Par ailleurs, le fait que le médecin du foyer ait ainsi quelquefois une relation plus étroite avec un ou deux malades est souvent mal supporté par les autres pensionnaires. On peut donc se demander s'il ne serait pas utile que le foyer dispose de deux psychiatres, l'un assurant un rôle au niveau institutionnel et l'autre assumant uniquement des psychothérapies individuelles pour les quelques malades ne pouvant plus être suivis par leur médecin habituel; car il arrive fatalement que, du fait de départs ou de mutations, des malades n'aient plus de médecin. Or aucun malade ne peut se passer d'une relation psychothérapique individuelle avec un psychiatre suffisamment disponible pour lui consacrer le temps qu'il faut.

LA SELECTION DES MALADES

Au foyer, il n'existe aucun critère particulier de recrutement des malades. Cependant, sans revenir sur le principe de la non-sélection par catégories de maladies, il semble qu'il faudrait doser les différents types de malades, pour constituer un groupe qui permette une certaine dynamique, sans être obligatoirement homogène. Il faudrait accepter seulement au compte-gouttes les névroses hystériques et les personnalités présentant des traits psychopathiques : jeunes caractériels, alcooliques stabilisés, etc... Nous avons constaté que les alcooliques, lorsqu'ils sont en trop grand nombre, comparé aux autres malades, ont tendance à prendre un rôle provocant de leader vis-à-vis des autres types de malades, et qu'une rechute de l'un d'eux entraîne la rechute des autres.

LA MIXITE

Les premiers foyers de post-cure n'étaient pas mixtes. La mixité est apparue récemment ; elle est le prolongement de l'introduction de la mixité dans les services des hôpitaux psychiatriques, recommandée par les circulaires du 15 Mars 1960. On a beaucoup discuté du problème de la mixité en milieu psychiatrique : "Mixer" un milieu ne consiste pas à y mélanger - nous serions ici au niveau de la promiscuité - les hommes et les femmes. Il faut que ce milieu, non pas rendu mixte, mais laissé mixte comme dans la société humaine, soit avant tout un lieu de parole.... Le but de la mixité n'est nullement, comme on feint trop volontiers de le croire, de permettre une activité sexuelle au niveau physiologique, mais de favoriser une rencontre vraie. A un terme plus avancé de l'analyse, cette sociothérapie dite "psychothérapie institutionnelle" ne peut se passer de la référence à l'institution du mariage. C'est dans la mesure où le couple parental ne se structurait nul part dans l'hôpital psychiatrique que les malades se trouvaient réduits au statut de bâtards de l'institution, et en tant que tels condamnés à une certaine ségrégation." (C. Bardet-Giraudon)

Au niveau d'un foyer de post-cure le problème ne se pose pas dans les mêmes termes qu'à l'hôpital. En effet, un foyer est une institution ouverte au milieu de la société humaine et la mixité ne pose pas plus de problèmes qu'à l'intérieur d'une simple pension de famille.

En pratique au niveau du foyer, le problème a été résolu par l'attribution d'un étage aux femmes et d'un étage aux hommes. Le règlement intérieur interdit aux hommes de rentrer dans les chambres des femmes, et vice et versa. Ce règlement a été respecté jusqu'à présent sans trop de difficultés. Des idylles se sont développées entre les pensionnaires du foyer, mais beaucoup plus rarement qu'on ne le pensait au départ. Ceci vient du fait que la problématique sexuelle des malades est plus marquée dans le sens d'une inhibition.

Dans l'ensemble, les avantages de la vie en commun d'un groupe mixte d'hommes et de femmes, et notamment l'enrichissement des interrelations qui en résultent, nous ont toujours paru largement dépasser les difficultés, même lorsque celles-ci prennent parfois un tour plus aigu.

PROBLEMES GENERAUX D'ORGANISATION

Communications :

Le foyer est en liaison constante avec les services hospitaliers et les dispensaires du secteur qu'il dessert. Ces relations se font essentiellement par téléphone et par écrit. Elles gagneraient à être davantage personnalisées par de plus fréquentes rencontres entre les membres des équipes concernées.

Nécessité d'une psychologue :

Il serait utile d'avoir une psychologue dans l'institution pour animer les réunions du personnel et celles des malades, et pour mettre en route le club thérapeutique actuellement à l'étude.

Les infirmiers :

Ils devraient être plus nombreux et il devrait y avoir autant d'infirmières que d'infirmiers.

Pendant ses heures de travail, chaque infirmier est seul dans l'institution; il se sent isolé et ne dispose pas d'une structure rassurante sur laquelle s'appuyer, comme à l'hôpital. Son engagement et ses responsabilités sont beaucoup plus grands, ce qui est plus gratifiant, mais en même temps plus angoissant. Il serait préférable d'instituer un travail d'équipe de deux infirmiers au moins le soir de 18 à 22 heures.

LES ANCIENS PENSIONNAIRES

On peut distinguer plusieurs types d'"anciens" selon le degré de fréquentation du foyer après la sortie :

I)- Certains s'éloignent assez rapidement et restent en contact de façon très espacée, en téléphonant de temps en temps pour donner de leurs nouvelles, ou en venant à l'occasion d'une fête (Noël, par exemple).

II)- D'autres viennent régulièrement tous les week-ends ou prendre souvent un repas.

III) - Les derniers posent les problèmes les plus difficiles : ils n'ont pas acquis une autonomie suffisante lors de leur séjour au foyer et ils en colonisent les environs immédiats ; ils viennent tous les jours prendre leurs repas et passer leur soirée au foyer. En phase régressive, ils cherchent parfois à réinvestir le foyer, perturbant ainsi la vie du groupe, sans vouloir accepter d'autres formes d'appui. Les plus handicapés de ces malades auraient besoin de logements ou de foyers protégés, formule qui n'existe pas encore en France. Ce type de malade est donc souvent réhospitalisé peu après son séjour au foyer de post-cure, séjour qui ne peut être que temporaire.

Citons le cas d'un de nos malades (schizophrène stabilisé, mais encore très handicapé) qui a pu échapper à la réhospitalisation, ses parents ayant pu lui acheter un studio dans un immeuble voisin. Il continue à vivre au foyer, son studio ne lui servant que pour dormir.

Le nombre d'anciens pensionnaires fréquentant le foyer devient progressivement de plus en plus important, et rend nécessaire la création d'un club thérapeutique ; cela devrait conduire à prévoir l'organisation d'une post- cure prolongée.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Le Foyer devient rapidement trop petit pour une population qui s'accroît. Il a donc été prévu de construire, sur le terrain actuel, un Centre, qui pourrait comprendre :

- 1- Un foyer plus grand, destiné à remplacer le foyer actuel ;
- 2- Un club et un restaurant thérapeutiques, dont nous avons évoqué l'importance à propos du problème des anciens ;
- 3- Des ateliers de réadaptation au travail.

Ce Centre fonctionnerait donc 24 heures sur 24 ; des prises en charge différentes permettraient des prix de journée inférieurs, car les frais généraux pourraient être partagés entre le Foyer et les ateliers.

De plus, l'activité du Club et des ateliers entraîneraient des contacts plus étroits et plus diversifiés entre les différentes structures de soins du secteur.

I- LE FOYER : Projet d'agrandissement

Ce projet comprend la réalisation d'un foyer de 32 lits. Le foyer actuel -15 lits- paraît un peu petit, compte tenu des besoins et des problèmes de rentabilité. Un foyer de 32 lits nous semble être une bonne formule, mais il ne faut pas dépasser ce nombre car l'institution risquerait de perdre son caractère.

Ce foyer serait également plus confortable. Il comprendrait deux étages, l'un destiné aux femmes, l'autre aux hommes. A chaque étage, il y aurait onze chambres individuelles et deux chambres de trois lits. Dans le foyer actuel, le manque de chambres individuelles est souvent péniblement ressenti par les pensionnaires. L'une de nos pensionnaires, qui partage une chambre avec deux autres malades, se plaignait ainsi : "... Nous logeons ensemble parce que nous avons été ou sommes malades et venons d'un hôpital; ça n'a pas de sens !". Nous tenons néanmoins à ce qu'il y ait deux chambres à trois lits par étages pour certains malades, soit qui supportent mal la solitude, soit pour lesquels elle n'est pas souhaitable (certains schizophrènes). La promiscuité sera cependant évitée par le partage de ces chambres en boxes individuels. Une chambre est prévue à chaque étage pour un infirmier ou une infirmière. Par ailleurs, il serait souhaitable que deux ou trois lits fussent réservés à l'accueil immédiat d'anciens pensionnaires, ce qui permettrait de prévenir une rechute imminente.

2- LE CLUB THERAPEUTIQUE

Les clubs thérapeutiques existent depuis longtemps dans les hôpitaux psychiatriques. Par contre, ils sont rares dans les organismes de soins extra-hospitaliers. On ne peut d'ailleurs pas assimiler purement et simplement le club thérapeutique fonctionnant dans un établissement extra-hospitalier au club thérapeutique fonctionnant dans un hôpital :

"Dans l'esprit de ses promoteurs et du législateur, le club est le gestionnaire de la totalité des activités ergo et socio-thérapeutiques au sein de l'hôpital. Sa tâche consiste à créer un réseau institutionnel de commissions, groupes de travail, organismes de gestion, susceptibles de remaniements en fonction des exigences individuelles ou de groupes. Mais, par delà cette fonction apparente se cache la signification profonde de son utilité. En effet, s'il ne se situe, ni totalement sur le plan du réel ou de l'imaginaire, le club est sans conteste une vraie société, avec ses lois, son histoire, qui fait le contrepoids au caractère oppressif des structures hospitalières. Il permet ainsi à l'hôpital de retrouver son rôle exclusivement soignant. Le club autorise le malade, par son caractère de société authentique, à se situer par rapport à un groupe et à différencier par le même mécanisme les notions de rôle et de fonction.

"Au sein d'un organisme extra-hospitalier, il est clair, dès l'abord, que nos problèmes sont un peu d'un autre ordre. Il n'existe en effet, autour des membres du club, aucune hiérarchie soignante en mesure d'exercer des contraintes sur le groupe. Les thérapeutes qui participent à ces activités sont obligés de respecter les lois qu'ils ont eux-mêmes favorisées. Ils ne sont plus les organisateurs uniques et peuvent ainsi rester disponibles pour la psychothérapie." (Amélie et Laroche).

Le club thérapeutique du Centre aura une physionomie propre, fonction de l'orientation qui lui sera donnée par ses membres. Ceux-ci seront des anciens malades du secteur, ayant repris une vie sociale quasi-normale, et les pensionnaires du foyer. Il sera ouvert sur l'extérieur car il pourra accueillir les familles des malades et organiser des sorties ou des rencontres permettant des contacts et des échanges avec le milieu normal (groupes culturels, par exemple).

Les membres du club choisiront eux-mêmes leurs activités et prendront en charge leur gestion : les décisions seront prises en commun; les activités ainsi créées ne seront plus que le support matériel de la dynamique de groupe ainsi instituée. C'est à ce niveau que se situe le rôle thérapeutique du club.

Le noyau essentiel du personnel d'encadrement devra être formé d'un psychologue assisté d'un animateur culturel. Leur rôle sera de favoriser les phénomènes de groupe :

"La réunion qui débattrà de chacun des secteurs du club sera le lieu privilégié de l'intervention psychothérapique. Par delà les buts d'organisation de la réunion, l'intervention thérapeutique amènera une prise de conscience du jeu psycho-dramatique de la situation et des phénomènes de groupe. C'est la bipolarité de cette technique (activité de club où investissement et projection) qui nous semble devoir être utilisée". (Amiel et Laroche)

Ce club fonctionnera tous les jours y compris le Samedi et le Dimanche. Les activités possibles sont diverses : sorties culturelles (théâtre, cinéma, conférences), bibliothèque, discothèque, rédaction d'un journal, jeux, etc...

Dans le cadre du club, il est également prévu de faire un restaurant.

Sans attendre la construction du Centre, le club pourrait commencer à fonctionner partiellement. Il a été envisagé d'utiliser à cet effet l'actuelle bibliothèque située au fond du jardin, provisoirement.

3- LES ATELIERS DE READAPTATION :

Il nous paraît utile de préciser d'abord sur le plan théorique comment se situent les ateliers de réadaptation par le travail dans la progression thérapeutique, que doit suivre un malade en réadaptation.

Amiel écrit à ce sujet :

"La maladie mentale est une maladie de la relation. Si nous descendons dans l'échelle des conduites régressives, au fur et à mesure que s'intensifient les troubles, nous passons de la perte de possibilités d'insertion dans un groupe, à la perte de la relation d'objet et même à la notion de l'existence d'autrui. La perte de la relation au monde et de la relation d'objet s'accompagnent d'une distorsion de l'image de sa propre personne, dont les limites deviennent floues, éclatent. Et apparaissent les troubles du schéma corporel, et les difficultés de performance qu'ils entraînent. La spatialité et la temporalité sont déformées. Il devient difficile et même impossible au malade de répondre aux normes socio-professionnelles (horaire, rendement, etc...), puis de prévoir une succession d'opérations, d'imaginer un but, de poursuivre un programme, d'utiliser le détour, l'instrument, de se heurter à un matériau "opposant" parce que dur, etc...

"Offrir à un malade de "bas niveau" (relationnel et opérationnel) des situations présentant une analogie avec des situations de travail réel, c'est lui offrir des possibilités d'échange, de contacts, d'identifications et d'insertions, variant avec l'extension de ses possibilités, de sa tolérance. Du travail artisanal simple, sans complexité des gestes, ou de la succession opérationnelle, l'activité pourra évoluer vers une complexification de plus en plus grande des tâches et des relations. Cette analogie situationnelle ou "analogon" (Sivadon) peut être rapprochée, dans une certaine mesure, d'un jeu de l'enfant, jeu qui est un apprentissage et qui ne présente qu'un risque très faible, la présence des parents rendant les tâches simples et assurant la protection de l'enfant.

"Il arrive un moment où le malade peut assumer en partie son autonomie. Il peut vivre en dehors de l'hôpital, être capable de faire face, s'assimiler une richesse et une variété relationnelle assez grande, ne plus avoir besoin d'"analogon" pour progresser dans la sociabilité. Il a besoin de situations de travail et de vie ayant un caractère plus proche de celles du secteur économique. Mais il est encore cependant "trop fragile" pour se réinsérer dans ce secteur sans une réadaptation progressive préalable. Un traitement est encore "indispensable dans un cadre protégé

et un milieu utilisé en vue d'une rééducation dynamique. Mais, contrairement à l'"analogon", tant la structure de ce milieu que son activité doivent répondre au maximum aux exigences du secteur économique "normal".

"L'atelier de réadaptation cherche à répondre à ces nécessités qui sont tant rééducatives que sociothérapeutiques et psychothérapeutiques. En effet, tel qu'il est conçu, le travail permet de retrouver certaines conduites professionnelles : par exemple, utiliser un outil, suivre des techniques de plus en plus précises, maîtriser son impulsivité, son imagination, pour les plier aux règles rigides de la technicité ; apprendre une suite de cycles opérationnels divers, en comprendre la signification, les utiliser et les adapter aux besoins du moment ; restreindre le champ de son attention, la rendre de plus en plus sélective lorsque c'est nécessaire, ou au contraire l'élargir afin de pouvoir mener de front plusieurs opérations différentes ; ordonner son travail, l'organiser, le prévoir en fonction des autres travailleurs, des rythmes collectifs ; se plier aux exigences générales d'une entreprise : hiérarchie technique, respect des horaires, présence régulière, etc.

"Grâce à la présence des thérapeutes, le malade peut s'exprimer d'une façon plus supportable que dans un milieu non protégé. La souplesse de la dynamique, qu'ils créent dans un groupe de travail dont les participants poursuivent un but commun, permet aux malades de réapprendre à vivre et à travailler en société. Elle dédramatise, déculpabilise, banalise et permet le dépassement des conflits suscités par les rivalités, les tensions, les techniques diversifiées, les échecs. Les investissements affectifs peuvent porter sur des objets divers, et le champ d'intérêt s'élargir et dépasser le milieu protecteur du travail.

.....
 "Il(l'atelier de réadaptation) est thérapeutique parce qu'il met le malade dans des situations réelles, répondant à une pression de l'extérieur sous formes de commandes et de nécessité de production. Il est thérapeutique, parce qu'il permet une variété de situations "dynamiques" tant individuelles que collectives. Il est enfin un centre de "réentraînement à l'effort" qui permet au malade, conscient des résultats de son travail, de retrouver sa confiance en lui-même."

Nous pouvons étudier maintenant, sur le plan concret, le projet de création d'ateliers. Quatre ateliers sont prévus :

I- Un atelier d'imprimerie pour hommes et femmes :

Cet atelier sera conçu sur le modèle d'ateliers existant déjà, en particulier à Ville-Evrard et à la Verrière; il comporterait un matériel spécialement étudié pour handicapés mentaux; il pourrait occuper 8 à 10 personnes de niveaux divers, en leur assurant un éventail d'opérations allant de travaux simples et stéréotypés à des tâches plus complexes contraignant une responsabilité. Ce travail permettrait également une variété de possibilité d'échange allant des opérations accomplies dans la solitude jusqu'au travail en équipe groupant cinq ou six personnes. Cet atelier comprendrait, en outre, une section où seraient enseignés la dactylographie et quelques éléments de comptabilité.

2- Un atelier de rendement, destiné à placer le malade dans des situations réelles subordonnées à l'impératif de la production. Des usines et des magasins fourniront des travaux divers : ébardage, montage, emboutissage, collage, cartonnage, conditionnement, selon les commandes. Cet atelier sera également mixte.

3- Un atelier d'ajustage et de montage pour le travail du fer et du bois :

Il sera spécialement destiné aux malades ayant travaillé en usine et ayant une qualification avant leur maladie. Le travail pourra être celui d'un OS 1, d'un P 2, d'un P 3. Cet atelier sera utile car un réentraînement est nécessaire pour une nouvelle accoutumance aux bruits de l'atelier d'une usine.

4- Un atelier de travaux ménagers, destiné aux femmes

Seuls des malades vivant hors du Foyer bénéficieront de ces ateliers. En effet, les pensionnaires du Foyer devront obligatoirement travailler hors du Centre. Cependant, dans certains cas exceptionnels, des pensionnaires pourront bénéficier des ateliers, mais seulement pour une durée très brève ne dépassant pas un mois.

L'exercice du travail thérapeutique est une condition nécessaire pour assurer le succès d'une réadaptation. Est-ce une condition suffisante ? Pour Cl. Veil, cela devrait l'être car il n'y a pas de différence entre le travail thérapeutique et le travail normal : "On a le droit, et peut-être le devoir, de ne pas

établir de distinction entre le travail thérapeutique et le travail normal". Le travail normal devrait donc naturellement succéder au travail thérapeutique. Ceci n'est cependant pas sans restrictions, car pour cet auteur : "au terme ultime du processus de rééducation, le "malade" change de statut social : il devient un travailleur comme les autres. Il le devient, cela ne veut pas dire qu'il l'est. Il a même intérêt à porter, au moins pour un certain temps, l'étiquette de "travailleur handicapé". C'est là un compromis bien utile. Car il n'est que trop évident que la rééducation et le travail des malades n'atteindront leur plein épanouissement que lorsque les stéréotypes psychosociaux de la maladie mentale et aussi du travail auront eux-même évolué vers une plus grande compréhension et une plus grande équité."

4- LE PERSONNEL

Ce centre nécessitera un personnel d'encadrement plus en rapport avec son importance accrue.

En complément des postes existant actuellement, sont prévus :

- Une Psychologue.
- Une Conseillère du Travail.

- Quatre Infirmiers ou Infirmières. La nouvelle répartition des postes d'infirmiers (sept au total) sera ainsi faite :

- = cinq pour le Foyer et le Club thérapeutique,
- = deux pour les ateliers.

- Un animateur culturel (vacataire).
- Cinq moniteurs pour les ateliers.
- Un professeur d'enseignement ménager (vacataire).
- Un professeur d'enseignement commercial (vacataire).

C O N C L U S I O N

Nous avons étudié le foyer de post-cure de Saint-Maur-des-Fossés, nous avons vu comment il a été créé ; nous avons ensuite décrit son fonctionnement ; en troisième lieu, nous avons présenté quelques résultats chiffrés ; nous avons fait état de certains problèmes, puis discuté des perspectives d'avenir.

Nous avons essayé de montrer l'intérêt de ce type d'établissement et de sa participation à l'ensemble des structures de soins hospitalières et extra-hospitalières.

En effet, les soins, la post-cure, la réadaptation, la réinsertion sociale doivent former un tout et il faut dès le début mettre en oeuvre tous les moyens qui permettront au malade de jouir ultérieurement du maximum d'autonomie et de liberté dont il sera capable.

Il est donc indispensable de pouvoir disposer d'une gamme de paliers permettant de faire passer le malade de la protection totale de l'hôpital à l'autonomie la plus complète, de l'état de malade à l'état d'homme libre et responsable.

Nous avons laissé de côté les problèmes de rentabilité parce que nous ne disposions pas d'un recul suffisant dans le temps. Nous serions cependant tentés de reprendre à notre compte ce qu'à dit le Docteur Dreyfuss en ce qui concerne la rentabilité des foyers de post-cure de Troyes :

"Le calcul montre que si on évite le séjour à vie (à l'hôpital psychiatrique) qu'à un seul malade difficile à réinsérer et menacé par l'enkystement asilaire, le cas s'est déjà produit à plusieurs reprises, à lui seul il amortit financièrement le prix de l'un des foyers. Même si la rentabilité économique n'était pas si évidente, le bénéfice sur le plan social et humain resterait incalculable : remettre dans le circuit de la société un homme qui en avait été isolé, lui procurer, grâce à une structure de dimension humaine où peut s'installer plus facilement un dialogue humain, la possibilité de vivre en homme normal, voilà plus qu'il n'en faut pour persévérer dans l'entreprise".

o

o o

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT É. Les foyers de post-cure psychiatriques. Historique. Etude des foyers publiques de Troyes pour hommes et pour femmes.
Thèse Paris 1967.
- AMIEL R. La post-cure psychiatrique.
Inf. Sociales 1956, n°10, p. 1195-1206.
- AMIEL R., LAROCHE A. Originalité d'un club thérapeutique au sein d'un organisme extra-hospitalier.
Inf. Psychiatrique. 1967, n°5, p. 737-739.
- AMIEL R., LAROCHE A. Etablissements extra-hospitaliers.
EMC Psy. 37.956 A10. 1970.
- AMIEL R., ZISSMAN A. Bilan quinquennal et analyse d'un travail d'imprimerie en atelier thérapeutique.
Inf. Psychiatrique. 1967. n°5, p. 721-735.
- AUDISIO M., LEVESCOT A, PICAT J., DURAND C. A propos du devenir des malades sortis d'un hôpital psychiatrique; un exemple d'application des méthodes épidémiologiques d'enquêtes au fonctionnement d'un secteur psychiatrique public.
Inf. Psychiatrique, 1970, n°3, p. 241-259.
- AYME J., RAPPARD Ph., TORRUBIA H. Thérapeutique institutionnelle.
EMC. Psy. 37.930 GIO, 1964.
- BARDET-GIRAUDON Ch., BAYLE-DREYFUS L., COLMIN-BARAX J. La mixité en milieu psychiatrique; introduction.
Inf. Psychiatrique, 1968, n°7.
- BAUME S. Le centre de post-cure de l'Elan.
Réadaptation, 1956, n° 34, p. 53-57.
- BENOIT G., DEROME P. Mythes et histoire(s) de la mixité; bâtons rompus.
Inf. Psychiatrique, 1968, n° 7, p. 605-614.
- BOITEAU. Contribution à l'étude sur la réadaptation du malade mental.
Thèse, Paris 1957.

- BONNAFE L; KABAKER J; MIGNOT H. Le centre Henri-Duchène : hôpital de jour de secteur.
Inf. Psychiatrique, 1967, n°7, p. 957-980.
- DAUMEZON G. La sociothérapie.
Rev. Prat. 1969, T.XIX, n°9, p. 1233-1244.
- DEMANGEAT M. Les foyers sociothérapiques de Bordeaux.
Santé Mentale, 1968, n° 3, p. 25-31.
- DEMANGEAT M. Post-cure et sociothérapie.
AM. Psych., 1963, T1, p. 143.
- DENIKER P. La Psychopharmacologie.
1 vol., 126 p., 1969.
- DREYFUSS L; ALBRECHT E; PREVOST F. Note sur hospitalisation totale, hospitalisation partielle et foyer de post-cure.
Inf. Psychiatrique, 1968, n°3, p. 271-273.
- EARLY D.F. Les hôtels protégés.
Santé Mentale, 1966, n°3-4, p. 46-52.
- EY H; BRISET Ch; BERNARD P. Manuel de Psychiatrie.
Masson, Paris, 1967.
- EY H. Méthodes et techniques thérapeutiques en psychiatrie.
EMC Psy. 37.800 A10, 1955.
- EY H. Mouvements doctrinaux de la psychiatrie contemporaine.
EMC Psy. 37.005 A30, 1955.
- GARRONE G; CHERPILLOD C. L'équipe psychiatrique.
EMC Psy. 37.959 A10, 1967.
- GENTIS R. La mixité : question de contexte.
Inf. Psychiatrique, 1968, n°7, p. 621-626.
- HOCHMANN J. Pour une psychiatrie communautaire.
1 vol. 262 p., Seuil, Paris 1971.
- JAEGGI F. Travail et thérapie de réadaptation.
EMC Psy. 37.931 A10, 1968.

- JEAN P. Evaluation des besoins et des réalisations en faveur de la santé mentale en France, 1970.
Santé Mentale, 1970, n°4, p.9-28.
- JEANNEAU A & S. Premiers enseignements de l'ouverture d'un foyer de post-cure à La Rochelle.
Inf. Psychiatrique, 1969, n°2, p. 155-164.
- KIPMAN PLANCKAERT J. Diminution de l'importance des rôles féminins et masculins lors de la création d'institutions mixtes.
Inf. Psychiatrique, 1968, n°7, p. 627-629.
- LAMARCHE A. Action heureuse d'un centre de post-cure et de réadaptation sur l'acceptation du handicapé mental.
Santé Mentale, 1968, n°3, p. 25-31.
- LAMARCHE A. Le centre de post-cure et de réadaptation sociale de l'Ouest.
Santé Mentale, 1966, n° 3-4, p. 19-26.
- LEVY A. Les paradoxes de la liberté.
1 vol. 237 p., Epi, Paris, 1969.
- MIGNOT H. Le secteur.
EMC Psy. 37.915. A10, 1967.
- RAPPARD Ph. Aspects théoriques et pratiques sur la mixité dans un service sectorisé.
Inf. Psy. 1968, n°7, p. 645-653.
- SILVADON P.; AMIEL R.; BAUME S. Trois années de fonctionnement d'un centre de post-cure pour malades mentaux.
AM Psy. Juin 1960, n°1, p. 160-167.
- VEIL Cl. Education, rééducation et travail des malades mentaux.
Santé Mentale, 1968, n° 3, p. 7-9.
- VERMEYLEN J. Un centre expérimental de réadaptation socio-professionnelle pour malades mentaux.
Santé Mentale-1966, n° 3-4, p. 53-65.

Vu, le Doyen

Professeur E. FOURNIER

Vu, le Président de thèse

Professeur Cl. LAUNAY

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET.



